In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful









Présentations défléchies

Bruno Dedet
Cours de DES
Avril 2009

Introduction

- La disproportion céphalopelvienne naturelle oblige la tête fœtale à se fléchir afin de réduire son diamètre antéro-postérieur ➔ OIGA, OIDA, OIGP, OIDP.
- Dans moins de 1% des cas, ce mécanisme ne se produit pas ➔ déflexion du pôle céphalique ➔ présentations défléchies.

Présentations défléchies.

- Regroupent:
  - Présentations de la face: déflexion totale 3/3,
  - Présentations du front: déflexion partielle 2/3,
  - Présentations du bregma: déflexion partielle 1/3,
- En pratique:
  - Front: pratiquement toujours dystocique,
  - Bregma: partiellement dystocique,
  - Face: souvent eutocique.

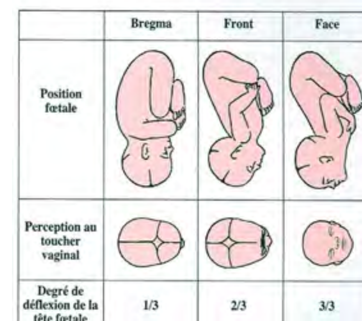


Figure 1 : différentes présentations en déflexion de la tête fœtale

FACE

Présentation de la face

- Déflexion des 3/3 = déflexion totale de la tête.
- Occiput au contact du dos, avec lordose très prononcée de la colonne du fœtus.
- Repère de la présentation: le **menton**.
- La déflexion devient définitive lorsque la tête se fixe ou/et descend dans l'excavation quand les membranes sont rompues.

Présentation de la face

- Fréquence:
  - Cruikshank (Obstet Gynecol 1981): 39 articles, 2373 faces ➔ incidence moyenne de 1 face pour 545 naissances (0,18%),
  - Ducarme (Gynecol Obstet Fertil 2006): 0,07% ➔ 3 par an à Jeanne de Flandre.

Présentation de la face

- Etiologies:
  - Parité: discuté car: primipares (hypotrophie utérine) et grandes multipares (laxité de la sangle abdominale, hypotonie utérine),
  - Rétrécissement pelvien: discuté car: bassins rétrécis favorisants pour certains, grands bassins favorisants pour d'autres, et enfin sur série de 1402 radiopelvimétries chez des primi, pas plus de bassins rétrécis sur les faces.

Présentation de la face

- Etiologies:
  - Masse fœtale: macrosomie (> 4kG) favoriserait les faces, pour d'autres c'est plutôt la faible masse (prématuré ou hypotrophe) et les grossesses multiples qui favoriseraient leur survenue.
  - Malformations fœtales: discuté, mais il faut penser à rechercher systématiquement une tumeur cervicale (goitre, lymphangiomes, tératomes) en particulier quand les faces sont « primitives » = constituées pendant la grossesse.

Présentation de la face

- Etiologies:
  - Dolichocéphalie: théorie de Heicker, mais cause de la défléxion ou conséquence par remodelage des os du crâne?
  - Facteurs annexiels:
    - Hydramnios: compression secondaire à la déflexion de l'œsophage, qui gêne la déglutition du LA,
    - Placenta Praevia: responsable d'une mauvaise accomodation foetopelvienne (si marginal postérieur),
    - Circulaires du cordon? (Dumont, Gynecol Obstet 1962)

Présentation de la face

- Diagnostic positif:
  - Pendant la grossesse: découverte fortuite échographique ou radiologique,
  - Pendant le travail: diagnostic difficile, fait dans 62% des cas au delà de 5 cm et dans 30% des cas lors du dégagement (Thoulon: Rev Fr Gynécol Obstet 1971, Dumont: Gynecol Obstet 1962)

Présentation de la face

- TV: masse molasse, au milieu de laquelle on distingue les arcades orbitaires, le nez, et surtout le menton en forme de fer à cheval, que l'on recherche à l'une des extrémités du diamètre d'engagement. A l'autre extrémité, le front est atteint au dessus des arcades orbitaires, mais la grande fontanelle n'est jamais perçue.
- Plusieurs heures après la rupture, la bosse rend le diagnostic difficile.

Présentation de la face

- Autres moyens d'aboutir au diagnostic:
  - Palper alternatif des bords de l'utérus: le dos est mal perçu, il se trouve du même côté que la saillie de l'occiput avec le classique « coup de hache »,
  - Radiographie fœtale (rarement faite actuellement),
  - Echographie

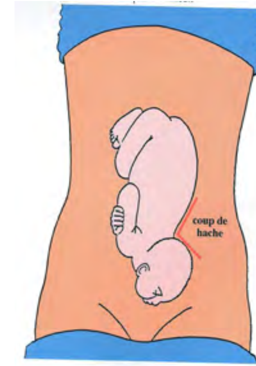


Figure 2 : signe du « coup de hache »

Présentation de la face

- Le repérage du menton permet de définir le type de la présentation:
  - Variété antérieure: MIGA et MIDA,
  - Variété postérieure: MIGP et MIDP

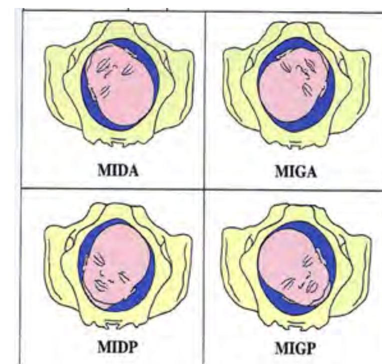


Figure 3 : variétés de présentation de la face

Diagnostic différentiel:

- Présentation du **siège décomplété** mode des fesses: fesses confondues avec les joues, bouche confondue avec l'anus et le nez avec la saillie du sacrum (pyramide sacrée),
- Présentation du **front**: au TV, en cas de **FRONT**, l'on retrouve: d'un côté la grande fontanelle, de l'autre, le nez et les orbites, mais **le menton n'est jamais perçu**. Mais, s'il existe une bosse, le repérage de ces éléments est très difficile ➔ phase frontale de la face ➔ la présentation de la face se développe à partir du front ou de l'attitude intermédiaire de la face.

Présentation de la face

- Phase frontale transitoire: l'hyperdéflexion se fait à la descente de la tête, ce qui explique qu'en cas d'intervention trop rapide, l'incidence des faces soit diminuée et celle des fronts augmentée.

Figure 11 : caractères physiques de la face (profil)

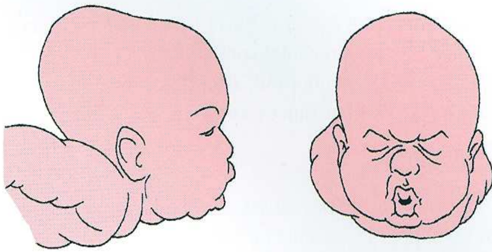


Figure 12 : présentation de la face

Présentation de la face: mécanismes de l'accouchement

- Le repère de la présentation est le **MENTON.**
- On distingue donc:
  - les variétés antérieures: MIGA et MIDA,
  - Les variétés postérieures: MIGP et MIDP.
- Pour la plupart des auteurs les variétés antérieures sont les plus fréquentes.

- L'orientation de la présentation se fait dans les deux tiers des cas dans le diamètre oblique gauche ➔ plus de Gauches Antérieures et plus de Droites Postérieures,
- Le L de la présentation = sous-mento-bregmatique (9,5 cm).
- Ensuite, du fait de l'hyperdéflexion, se présente un ▪ présterno-syncipital dit de solidarisation, de 13 à 15 cm.

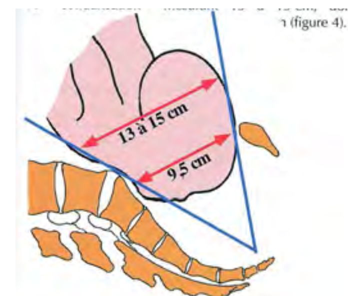


Figure 4 : accouchement impossible dans les présentations en mento-postérieures

- Par conséquent, pour que l'accouchement puisse avoir lieu, il faut qu'il y ait désolidarisation de la tête et du tronc.
- Cette désolidarisation peut se faire dans les variétés antérieures, quand le menton passe sous la symphyse, mais est impossible dans les variétés postérieures, où l'accouchement par voie basse est impossible.

Présentation mento-posterieure



Face: mécanique obstétricale.

- 1er temps: engagement ➔ facile car faibles dimensions de la présentation au détroit supérieur (9,5 cm) Engagement selon un diamètre oblique ou transverse.
- 2ième temps: descente et rotation. Descente facile au début, puis limitée par l'arrivée au détroit supérieur du l présterno-syncipital.
- La descente est alors bloquée, la rotation en avant du menton est alors indispensable.

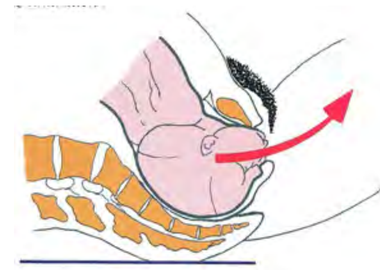


Figure 5 : descente de la face en mento-antérieure dans l'excavation : accouchement facile par voie basse

- Rotation menton en avant ➔ menton dans l'ouverture de l'arcade pubienne.
- Cela aboutit à une fléxion de la tête, qui pivote autour de l'axe du pubis et parvient à se désolidariser du tronc ➔ poursuite de l'accouchement.
- En cas de mento-antérieures, rotation de 45° se fait sans difficulté.



Figure 6 : dégagement de la face par flexion céphalique :

- En cas de mento-postérieure, la rotation est alors de 135°.
- Si elle ne se fait pas, la tête reste mento-postérieure et s'enclave dans l'excavation ➔ accouchement impossible.
- 3ième temps: dégagement et fléxion ➔ menton ayant tourné en avant ➔ élongation forcée du cou ➔ menton dans l'arcade pubienne.

- Sous-menton se fixe au sous-pubis ➔ dégagement par fléxion.
- Apparition successive du nez, des yeux, des arcades orbitaires, puis du front, de la grande fontanelle et de l'occiput.
- Sollicitation +++ du périné.



Figure 7 : dégagement en mento-pubien



Figure 8 : face négligée en mento-postérieure : c'est l'enclavement

CAT en cas de présentation de la face.

- Face non ou peu dystocique (par rapport aux autres présentations défléchies).
- Accouchement facile dans les mento-antérieures, et possible dans les mento-postieures (sous réserve que la présentation effectue sa rotation).
- **Ne pas intervenir systématiquement mais laisser se dérouler le travail, sous surveillance étroite**.

CAT en cas de présentation de la face.

- En début de travail:
  - Pas de manoeuvre intempestive pour tenter de fléchir la présentation en sommet
  - Faire un bilan de l'état pelvien,
  - S'assurer de l'absence d'anomalies fœtales par l'échographie,

➔ En cas de bassin « anormal », d'obstacle praevia ou d'anoxie fœtale ➔ césarienne sans attendre.

CAT en cas de présentation dela face.

- Au cours du travail:
  - touchers prudents, limités (risque d'excoriation cutanée, voire oculaire),
  - Si PDE intacte, ne pas rompre avant dilatation complète,
  - La progression de la dilatation doit être régulière, le menton doit tourner en avant,
  - Jusqu'à dilatation complète, la CAT est l'expectative et la surveillance.

Durée du travail et face.

- Plus longue, en particulier en cas de mento-postérieure, sans être anormalement longue:
  - 6h15 à 12 heures chez la primipare,
  - 4 à 7 heures chez la multipare.

(Chaoui, J Gynecol Obstet Reprod 1982. Thoulon, Rev Fr Gynecol Obstet, 1971.)

- Durée d'expulsion non augmentée.

➔ En l'absence de disproportion foeto-

Surveillance du RCF.

- ERCF continu indispensable.
- Voie externe +++ (préserver le plus longtemps possible la PDE) et risque +++ de blessure avec une électrode.
- Décélérations variables plus fréquentes (57% versus 32% en cas de présentation du vertex. (Benedetti, Obstet Gynecol 1980) ➔ ne correspondent pas toutes à des compressions cordonales mais plutôt à des compressions de la tête.

- Ralentissements variables ne traduisent pas obligatoirement une anoxie fœtale.
- Analyse les RV pas toujours aisée, d'autant que les possibilités de pH sont limitées (risque traumatique +++).
- Pas de bénéfice à l'oxymétrie de pouls fœtal (membranes non intactes de surcroit).

Perfusion d'ocytociques.

- CI pour certains (risque de rupture utérine).
- Conseillé par d'autres:
  - Shaffer, Am J Obstet Gynecol 2006: perfusion d'ocytociques diminue le risque de césarienne sans altérer le pronostic fœtal.
  - Justifiée en cas de stagnation de la dilatation, en cas d'anomalie de la contraction (+/- prouvée par toco interne).

Analgésie.

- Analgésie péridurale serait la meilleure option, même si pour Shaffer, elle augmenterait le taux de césarienne (50% en cas d'analgésie péridurale versus 12% en son absence).

Expulsion.

- Possible que dans les présentations mento-antérieures.
- Etre tout particulièrement attentif au périnée pendant le dégagement.
- Les déchirures sont fréquentes, et sont volontiers étendues.
- Prévention = défléchir au max la tête en repoussant le menton en bas vers le coccyx, jusqu'à ce qu'il soit suffisamment descendu et que sa pointe dépasse +++ le sous-pubis.

- Chez la primipare, l'épisiotomie est indispensable pour de nombreux auteurs, et souhaitable pour les autres.
- Après dégagement du menton ➔ fléchir la tête par manœuvres faites au travers du périnée.
- Freiner ensuite le dégagement de l'occiput pour qu'il ne soit pas trop rapide.

Manœuvres manuelles.

- Tentatives de transformation en présentation du sommet sont récusées.
- Proscrire la VMI, même lorsque la présentation reste mobile ➔ difficultés potentielles d'une extraction sur siège avec présentation défléchie.
- Possibilité de version de mento-postérieures en mento-antérieures

Manœuvres manuelles.

- Mento-postérieures persistantes à dilatation complète ➔ tentative prudente de rotation manuelle (Dumont, Gynecol Obstet 1962; Jacobson, Obstet Gynecol 1962; Chaoui, J Gynecol Obstet Biol Reprod 1982).
- Rotation manuelle peu dangereuse mais peut échouer car techniquement délicate.

Rotation manuelle à dilatation complète.

- L'opérateur introduit la main profondément dans le col dilaté au delà de 8 cm et de préférence à dilatation complète.
- Repérer le maxillaire supérieur.
- Main prend appui sur la joue (! Pas sur le menton!).
- Exercer une pression ferme vers l'avant pendant que la main abdominale accroche l'épaule

- Manœuvre réaliser avec fermeté mais en douceur.
- On peut, si le rythme le permet, si l'enfant n'est pas macrosome, tenter cette rotation, en dernière alternative avant de réaliser la césarienne.

Extraction instrumentale.

- Uniquement réservé aux présentations mento-antérieures engagées partie basse.
- Instrument potentiellement dangereux dans cette indication car le point d'appui des cuillères se trouve alors au niveau de la région occipitale, très sensible, ce qui fait contre indiquer l'usage de cet instrument pour certains auteurs (Dumont, Gynecol Obstet 1962).

- L'utilisation du forceps dans les présentations mento-postérieures persistantes est actuellement **formellement contre-indiqué**.

Césarienne.

- C'est LA solution recommandée quand la voie vaginale est dangeureuse.
- Indications non spécifiques:
  - Bassin rétréci,
  - Placenta praevia,
  - Souffrance fœtale.
- Indications spécifiques:
  - Arrêt/ stagnation de la progression de la présentation,
  - Absence de rotation des mento-

- En cas de mento-posterieure, l'expectative armée pendant 2 à 3 heures semble raisonnable, permettant l'accouchement spontané, sans risque, dans plus de la moitié des présentations mento-postérieures, et permet de réaliser la césarienne en cas d'arrêt de la progression ou en cas de non rotation.

Chaoui, J Gynecol Obstet Reprod 1982.

Pronostic.

- Maternel: excellent, mortalité et morbidité quasi identiques à celles des présentations céphaliques. Morbidité liée à celle de la césarienne, plus fréquente que pour les présentations céphaliques.
- Néonatal: globalement bon comparé à ce qu'il était avant les années 60 (mortalité entre 5 et 12%), la mortalité périnatale est aujourd'hui de l'ordre 5% (Benedetti, Obstet

Aspect du nouveau-né en salle de naissance.

- Aspect caractéristique (disparaissant dans les 24 à 48 heures):
  - Opisthotonos,
  - Lordose dorsale haute,
  - Tête défléchie,
  - Aspect céphalique dolichocéphale,
  - Face tuméfiée (siège d'une bosse séro-sanguine maximum au niveau des lèvres et des joues),
  - Cri rauque



Figure 10 : caractères physiques de la face (face)

Figure 10 : caractères physiques de la face (face)



Conclusions

- En cas de présentation de la face:
  - Surveiller le travail comme une présentation du sommet,
  - Corriger rapidement les anomalies de la dilatation (ocytociques, analgésie péridurale),
  - Condamner les manœuvres traumatisantes (forceps, version) et préférer une césarienne à un accouchement difficile.
  - Ne pas prolonger le travail au delà de 12

- A ces conditions, 73% des présentations de la face accouchent bien, vite et spontanément en mento-antérieures.
- Les autres, qui accouchent mal, lentement ou qui n'accoucent pas doivent bénéficier d'une césarienne.

FRONT

Définition.

- Défléxion partielle du pôle céphalique (2/3).
- On ne peut parler de présentation du front que si la tête est fixée au détroit supérieur.
- Ne pas inclure dans cette définition les phases frontales de la face susceptibles d'évoluer encore.
- Cette définition exclue les prématurés et les enfants de moins

Fréquence et étiologies.

- Rare, estimée entre 1/600 et 1/1000.
- 0,15% pour (Audra, EMC 1997) sur une série de 22664 naissances.
- Etiologies identiques à celles décrites pour la face.

Mécanismes de l'accouchement.

- Repère de la présentation: **le nez**.
- Diamètre antéro-postérieur: syncipito-mentonnier de 13,5 cm (ou syncipito-facial en cas d'ouverture de la bouche: 13 cm).
- Diamètre d'engagement au-delà des possibilités d'engagement d'un bassin normal.
- Naso-transverses les + fréquentes, naso-postérieures exceptionnelles,

Mécanique obstétricale.

- Tant que la tête est mobile, elle peut se fléchir ou se défléchir, la présentation se constituant après sa fixation.
- Engagement le plus souvent impossible ➔ tassement et modelage ➔ arrêt de la progression, enclavement et blocage.

Diagnostic différentiel

- Présentation de la face à son début : phase frontale de la présentation de la face.
- Au fur et à mesure du déroulement du travail, s'il s'agit d'une présentation de la face, le menton sera atteint alors qu'en cas de présentation du front, on ne perçoit jamais le menton.

CAT et surveillance.

- A partir du moment où le diagnostic de présentation du front est fait, l'indication de césarienne doit être posée pour prévenir les complications:
  - Enclavement ou échec de l'engagement entrainant une hypertonie utérine avec risque de rupture utérine, d'anoxie fœtale, de procidence du cordon.
  - Hémorragies de la délivrance,
  - Escarres du segment inférieur avec

Conduite à tenir.

- Soit il y a un doute sur la présentation du front, phase frontale de la face ➔ on peut se donner 1 ou 2 heures et laisser évoluer en l'absence d'anoxie fœtale. Si le front se transforme en face, l'accouchement par les voies naturelles sera possible.
- Soit il n'y a pas de modification de la présentation ➔ césarienne (segment inférieur saillant si nase transverse

Pronostic

- Mortalité et morbidité néonatale très faible du fait du recours rapide à la césarienne.



Figure 13 : caractères physiques du front (face)


Figure 14 : caractères physiques du front (profil)

BREGMA

Définition.

- La tête se présente en déflection légère (1/3).
- La grande fontanelle constitue le point déclive dans l'axe de la filière génitale.
- Le **repère** de la présentation est le **front**.
- Souvent méconnue, elle est confondue avec une occipito-postérieure ou une présentation du

Fréquence et étiologies.

- 1% dans une étude de Gernez (Rev Fr Gynecol Obstet 1978) portant sur 32024 naissances, où la face représentait 0,35% des naissances et le front 0,087%.
- Etiologies identiques à celles des présentations de la face mais fréquence plus grande du fait de l'agrandissement du d antéro-postérieur du bassin aux dépens du ▪ transverse.

- Cette disposition du bassin est fréquemment retrouvée chez les femmes de haute taille, et oblige le fœtus à s'orienter en antéro-postérieur plutôt qu'en oblique.
- L'engagement en postérieur favorise la défléxion de la tête d'où augmentation de la fréquence du bregma.

Mécanique obstétricale.

- Grande fontanelle au centre du détroit supérieur.
- ▪ de présentation antéro-postérieur = occipito-frontal (11,5 à 12 cm).
- Orientation dans le ▪ oblique (front en avant).
- Progression le + souvent sans difficulté dans le bassin.

- Rotation intra-pelvienne: front vers le pubis.
- Dégagement: racine du nez sous la symphyse pubienne: la tête se fléchit autour du pubis (pivot) ➔ dégagement à la vulve des frontaux, pariétaux, et de l'occiput.
- Sous-occiput en appui sur la commissure postérieure et la fourchette vulvaire.
- De nouveau déflexion et

Diagnostic du bregma.

- Grande fontanelle au centre de la présentation.
- Petite fontanelle jamais atteinte.
- Possibilite de palper, à dilatation complète, l'encoche nasale et les arcades sourcilières sans jamais palper complètement le nez.

Diagnostic Différentiel.

- OS: petite fontanelle toujours perçue très en arrière.
- Front: mal défléchie, palpation de la grande fontanelle, du nez et du maxillaire supérieur.

Surveillance de la dilatation.

- Respecter les membranes le plus longtemps possible (sauf signe d'anoxie fœtale ou stagnation de la dilatation).
- Durée dilatation plus longue qu'en cas de sommet: 14h20 chez la primi, 9h22 chez la multi.
- Durée du travail: 1h08 chez la primipare, 0h37 chez la multipare.

- Taux de césarienne: identique à celui des sommets.
- Période d'expulsion: lésions périnéales plus fréquentes (sollicitations +++ du périnée et épisiotomies plus fréquentes).
- Etat du nouveau né: déformation de la tête caractéristique mais minime si l'accouchement est rapide ➔ bosse séro-sanguine sur la région bregmatique en avant de la grande fontanelle (aspect turricephale).